

Recursos Personales Positivos en la Relación con el Paciente: las Estrategias de Regulación Emocional

Positive Personal Resources on Patient Relationship: The Emotional Regulation Strategies

Raquel Rodríguez-Carvajal; Bernardo Moreno-Jiménez;

Sara de Rivas-Hermosilla; Marta Herrero Lázaro

Raquel Rodríguez-Carvajal: Universidad Autónoma de Madrid.

Bernardo Moreno-Jiménez: Profesor catedrático Universidad Autónoma de Madrid.

Sara de Rivas-Hermosilla: Becaria FPU-MEC. Universidad Autónoma de Madrid.

Marta Herrero Lázaro: Becaria posgrado. Universidad Autónoma de Madrid.

Resumen: El personal sanitario se enfrenta continuamente en su ámbito laboral a grandes presiones, en muchos casos, relacionadas con altas demandas emocionales por la relación profesional-paciente. En este contexto, las estrategias de regulación emocional se muestran como un importante recurso del personal sanitario para el manejo de las emociones hacia objetivos deseables. En el presente artículo se expone una revisión sobre la influencia de las emociones en el contexto laboral, los distintos modelos y estrategias de regulación emocional y cómo influyen sobre el bienestar, la salud y la relación del personal sanitario con los pacientes. Como valor añadido, se compara la eficacia de las distintas estrategias de regulación y cómo afectan de manera diferencial a las relaciones entre los profesionales sanitarios y en la relación profesional-paciente.

Palabras clave: regulación emocional, relación médico-paciente, bienestar.

Abstract: Health workers are continually faced to great pressure, often related to high emotional demands of the caregivers-patient relationship in the workplace. In this context, emotion regulation strategies are shown as an important personal resource to manage emotions toward desirable goals. This article presents a review of the literature about the emotional influence in job context, the different models and strategies of emotional regulation and how they influence on well-being, health and professional-patient relationship. In addition, we compare the efficacy of different regulation strategies and their differential effect on colleague and patient relationships.

Keywords: emotion regulation, physician-patient relationship, well-being.

En los últimos años, muchos aspectos de la práctica médica (1, 2) así como la de otros profesionales de la salud (3) han experimentado la presión que supone la necesidad de reducción de costes, la demanda en el aumento de la productividad

y en la satisfacción del paciente hacia el propio tratamiento (1, 2, 4, 5). Estas presiones laborales se ven además afectadas por otros aspectos sociales que también han cambiado y que suponen un añadido más a este entramado, como por

ejemplo el hecho de que el nivel de autonomía sea menor y el estatus social de los propios profesionales haya disminuido (6, 7).

Por otro lado, en el entorno laboral sanitario se pueden dar experiencias muy frustrantes debido a las altas demandas emocionales, y a que los objetivos del trabajo no estén bien definidos, no sean muy claros o no se reciba feedback sobre ellos (8). Según León, Gómez y Durán (9), los sentimientos de desilusión experimentados por los profesionales sanitarios, sobre todo durante los primeros años, son el resultado de múltiples experiencias de fracaso que generan frustración y un alto nivel de tensión emocional.

Este escenario de condiciones sociales, organizacionales y laborales se puede convertir en un caldo de cultivo para el desgaste profesional (o *burnout*), con las consecuentes repercusiones no sólo en la salud del propio profesional (10) sino también en la relación con el paciente (5). Una de las características principales de este desgaste profesional en profesionales de la salud es el agotamiento emocional (11). Es por ello que resulta de especial interés evaluar las diferentes estrategias de regulación emocional y cómo éstas pudieran estar provocando un manejo inadecuado de las emociones influyendo así en el bienestar, en la productividad del trabajo y en la relación del profesional sanitario con el paciente.

Emoción en el contexto socio-laboral

La definición de qué es una emoción sigue presentando controversia en el ámbito científico (12), sin embargo, en general existe un acuerdo en que la emoción se refiere a distintos estados psicológicos que incluyen una experiencia subjetiva, la expresión de determinados comportamientos (facial, corporal, verbal, etc.) y determinadas respuestas fisiológicas (respiración, ritmo cardíaco, etc.) (v.g., 12, 13). Las emociones y los estados emocionales dirigen nuestra atención hacia los distintos eventos, pensamientos, estímulos, organizan procesos perceptivos, así como activan y motivan casi todos los aspectos del comportamiento individual y social humano. Así pues, la experiencia y la expresión de las emociones tiene consecuencias tanto a nivel intrapersonal como interpersonal (v.g. 14).

En relación al contexto socio laboral cada vez más investigaciones encuentran que las emociones en el entorno de trabajo ayudan a explicar importantes resultados tanto individuales como organizacionales (15). Existen diversos estudios que versan sobre el papel que juegan los estados de ánimo positivo y negativo en las actitudes y comportamientos de los miembros de la organización, tal y como se propone en la teoría del estado de ánimo (16). Por su parte, la teoría de eventos afectivos (17) propone que los distintos aspectos del entorno laboral (condiciones ambientales, roles, diseño del trabajo, etc.) eliciten las emociones y éstas influyen las actitudes y el rendimiento en el trabajo. La inteligencia emocional que se refiere a la habilidad de leer las emociones en uno mismo y en los otros y ser capaz de usar esta información (v.g., 18). El manejo emocional en el trabajo conceptualizado como *emotional labour* o trabajo emocional (19) y sobre la regulación emocional en general (v.g., 20).

Modelos regulación emocional

Dentro de los modelos personales clásicamente estudiados encontramos el modelo de represores y sensibilizadores, el modelo de personalidad represiva y el modelo de inhibición activa.

En el modelo de represores y sensibilizadores, la literatura ha diferenciado dos posibles tendencias a la hora de enfrentarse a estímulos emocionales. Por un lado estarían los individuos represores que serían aquellos que presentan un umbral elevado para el material emocional (vs. neutro). Por otro lado, se encontrarían los individuos sensibilizadores que serían aquellos que presentan umbral bajo (v. g., 21, 22).

Asimismo, se habla de estilos represivos (23) en aquellas personas que creen que ellos no son propensos al estrés y se esfuerzan en mantener esa creencia a pesar de que su comportamiento objetivo así como sus reacciones fisiológicas ponen de manifiesto que su reactividad al estrés es igual o mayor que la de las demás personas que abiertamente admiten sentir estrés (24).

El modelo de inhibición activa, por otra parte, argumenta que determinados déficits en algunas habilidades de competencia emocional como por ejemplo, la expresión de la emoción, o el ser



consciente de las propias emociones, podría llevar a la llamada inhibición activa (25). La inhibición sería un tipo de supresión emocional en la que se tratarían de esconder (incluso para la propia persona) pensamientos, sentimientos y comportamientos emocionales.

Uno de los modelos más desarrollados actualmente es el modelo de Gross, que parte siendo un modelo personal aunque ha tenido aplicaciones interpersonales (v.g., 26). En este modelo se considera que existen dos mecanismos de regulación emocional relacionados con el desarrollo temporal de la emoción: la regulación del antecedente o de la respuesta a la emoción. En este sentido Gross (v.g., 12, 27) diferencia dentro del proceso de regulación emocional los mecanismos de reevaluación cognitiva (regulación previa al desarrollo de la emoción) y de supresión (regulación de la respuesta emocional dada).

La reevaluación cognitiva es una forma de cambio cognitivo que consiste en interpretar una situación de manera que cambie su impacto emocional. Esta forma de regulación de la emoción es la que se estudió en los primeros trabajos de Lazarus y colaboradores (28), quienes demostraron que llevando a los participantes a ver un procedimiento quirúrgico potencialmente perturbador de una forma más analítico y distante disminuía sus respuestas subjetivas y fisiológicas (29).

La supresión es una forma de regulación de la respuesta emocional que implica la inhibición de las emociones en curso, vía la expresión del comportamiento (30). Se ha observado repetidamente que las personas aparentemente inexpresivas son a menudo más fisiológicamente sensibles que las personas más expresivas (v.g., 31). En una línea similar, la inhibición del comportamiento asociado con el engaño interpersonal conduce a una mayor respuesta fisiológica (32).

Por otro lado, el manejo de las emociones en el contexto del modelo de trabajo emocional tendría como objetivo promover estados emocionales que optimicen el rendimiento y minimicen los estados emocionales asociados con daños en la salud (33). En relación a este primer objetivo se ha acuñado el término *trabajo emocional* para referirse al manejo de las emociones como demanda del puesto de trabajo en sí. Ésta puede

implicar aumentar, fingir o suprimir la emoción para modificar la expresión emocional en una dirección concreta (v.g., 19). Normalmente esta dirección concreta viene determinada por unas normas de expresión que marca la organización (v.g., 19). Por ejemplo, a los trabajadores de los parques de atracciones se les reclama mostrar siempre una sonrisa y buen humor, mientras que en otros trabajos como por ejemplo, guardas de seguridad en una discoteca se podría considerar incluso que el enfado puede aportar mejores resultados (15).

La actuación superficial, la actuación profunda y la regulación automática son tres estrategias distintas de regulación emocional definidas dentro del contexto de trabajo emocional (v.g., 15, 34). La primera consistiría en cambiar los aspectos visibles a los demás de la emoción, en línea con las normas organizacionales, mientras que la emoción o sentimientos subyacentes permanecerían igual. La segunda estrategia consistiría en tratar de influenciar lo que se siente (evocando otros pensamientos o experiencias, recuerdos, etc.) con el fin de seguir mostrando la emoción deseada y/o demandada. La última consistiría en un ajuste automático de lo que sentimos y expresamos y las exigencias requeridas en el puesto.

Existen otros modelos que integran la regulación emocional en la relación con el paciente, como por ejemplo el modelo de cadena de valor (35) que analiza las conductas de comunicación médico-paciente. Este modelo está formado por cuatro elementos: (1) establecer una buena relación, (2) que los pacientes expresen señales emocionales y preocupaciones, (3) que el médico exprese empatía, y (4) favorezca la reevaluación positiva de las preocupaciones. Así, cada uno de los elementos tendría un valor añadido de cara al resultado de la comunicación en la consulta, en este caso, en la regulación afectiva de los pacientes (35). La propuesta de estos autores se centra en la actividad neurológica que puede subyacer a cada uno de estos componentes.

Efectos generales de las estrategias de regulación emocional

Las estrategias de regulación emocional han sido relacionadas, entre otras cuestiones, con efectos diversos en la salud (v.g. 36, 37), el bienestar

(v.g. 5, 38-40), los procesos psicológicos (v.g., 41-43) y el rendimiento en diversos contextos (v.g., 44-45). Sin embargo, las distintas estrategias de regulación difieren entre sí en las consecuencias que pueden generar (v.g. 46, 47) y en su efectividad (v.g. 48).

Dentro de los modelos personal de represores y sensibilizadores y estilos represivos, el estilo represivo se ha relacionado con la exacerbación de varios problemas de salud como el asma, el cáncer, la hipertensión y la inhibición del sistema inmune (49).

En el modelo de inhibición activa se ha encontrado que ésta podría estar asociada con mayores problemas de salud y traumas psicológicos (25,50).

Por otra parte, en relación al bienestar, las estrategias de reevaluación se han mostrado efectivas en la reducción de emociones negativas y su expresión (v.g., 51-54) y en la experimentación de emociones positivas frente a emociones negativas (v.g., 5, 39). Estas estrategias favorecen también otros aspectos cognitivos del bienestar como la satisfacción vital (v.g. 39), el estado de salud subjetivo (36) y la autoestima (54), relacionándose de manera negativa con los estados de ánimo y cogniciones depresivas (39, 54). Los resultados de las estrategias de reevaluación muestran su efectividad en la regulación de las emociones hacia consecuencias deseables. Estos efectos también se observan en la relación entre los niveles de estrés y la generación de síntomas depresivos, siendo la habilidad en esta estrategia de reevaluación, una variable mediadora entre ambas (37). También muestra superioridad en la reducción de niveles de activación ansiógena frente a la estrategia de supresión de emociones (55). La reevaluación por tanto, favorece que se reduzca la posibilidad de experimentar estados potencialmente dañinos para la salud como el estrés o la ansiedad.

Las estrategias de supresión, por su parte, han sido estudiadas en múltiples investigaciones junto con las estrategias de reevaluación (v.g., 39, 54) lo que ha permitido poder comparar los efectos de ambas. Así, la supresión se relaciona generalmente de manera opuesta a la reevaluación en sus efectos sobre el bienestar (v.g., 5, 39, 48). En este sentido, la supresión se ha mostrado como una estrategia de regulación que favorece

la generación, expresión y experimentación de emociones negativas (vs. las positivas) (v.g. 48, 53), así como reduce los niveles de satisfacción vital (39), la autoestima (v.g. 54) los estados de salud subjetivos (36) y aumenta los niveles de activación ansiógena (v.g. 55). De hecho, se ha podido observar que la supresión puede generar un “efecto irónico” sobre las emociones negativas dado que, siendo el objetivo de quien la lleva a cabo el enmascarar la emoción, esa persona puede aumentar significativamente la experimentación de la emoción negativa (56). Sin embargo, la supresión no siempre se ha encontrado que genere resultados negativos. Côté y colaboradores (38) observaron que aquellas personas con mayor habilidad para regular sus emociones a través de la supresión mostraban mayores niveles de satisfacción vital. Así, las personas que mejor reducían sus expresiones emocionales ante estímulos desagradables eran las que mostraban mayores niveles de bienestar (38).

Aunque se ha hablado mayoritariamente de las estrategias de reevaluación, no han sido las únicas estrategias que se han mostrado efectivas en la regulación de las emociones hacia estados positivos (48). Augustine y Homenover (48) realizaron un meta-análisis que incluía la distracción, la reevaluación, la supresión, la inhibición, la comparación social, el ejercicio, el sueño y las actividades placenteras. Los resultados mostraban que la distracción era, junto a la reevaluación, la forma de regulación emocional más efectiva para mantener un mayor balance positivo de emociones (48). De manera general, no se observaron diferencias entre las estrategias cognitivas y las estrategias comportamentales, pero sí se observó que las estrategias de evitación generaban de manera inmediata mayores estados hedónicos que las estrategias de aproximación (48).

Por otro lado, se ha observado que la efectividad general de las estrategias de regulación emocional parece depender de que se haya inducido o no emociones previas y de la valencia de la misma (48). Así, ante situaciones en las que se inducen emociones de afecto negativo o no se induce ninguna emoción, los efectos de la regulación son mayores y, por el contrario, ante situaciones de inducción positiva o neutral de emociones, las personas informan emociones más negativas que las iniciales (48).

En términos de uso, las personas, en su vida cotidiana, tratan de regular sus emociones con más frecuencia a través de la reevaluación que mediante la supresión, una diferencia que parece ser más grande en la regulación de emociones positivas que en las emociones negativas (54). Este hecho podría explicarse por los objetivos inmediatos o directos de la reevaluación hacia la experimentación de emociones positivas o la reducción de las negativas. La supresión, en cambio, se produce una vez generada la emoción por lo que los efectos de la misma no son tan directos. Por otro lado, Nezlek y Kuppens (54) observan que la generación de mayores niveles de emociones positivas a través de la reevaluación no siempre conlleva efectos positivos. Del mismo modo, los efectos de la supresión, por suceder tras la emoción, podrían alcanzar un nivel más interpersonal que la reevaluación afectando a las relaciones sociales y pudiendo ser incluso deseable en contextos en los que la expresión de determinadas emociones, positivas o negativas, repercutiese negativamente en la situación social (54).

Efectos de las estrategias de regulación emocional en el ámbito sanitario

La relación con los pacientes es un aspecto eludible y de gran importancia en el ámbito médico tanto en la práctica diaria como en la comunicación de malas noticias y situaciones de emergencia. Aunque los médicos favorecen la inhibición del sufrimiento experimentado al percibir el dolor de otros más rápido y con menor activación emocional que la población normal (57), las estrategias de regulación siguen siendo importantes en estos casos en el manejo de la emoción por parte de estos profesionales. Así, resultados cualitativos indican que los médicos informan mayores niveles de emociones negativas cuando comunican malas noticias a pacientes de cáncer mediante estrategias de supresión (58). En este sentido, las estrategias de regulación unidas al trabajo emocional de los profesionales sanitarios son importantes para el manejo de las emociones hacia resultados deseables. La supresión emocional y la actuación superficial se ha relacionado con el agotamiento emocional del *burnout* en médicos, síntomas físicos y mayor esfuerzo psicológico (5, 59, 60). Al mismo

tiempo, la expresión de emociones que realmente no se están experimentando unida a dicha actuación superficial favorece la despersonalización y afecta negativamente al logro personal (60). Sin embargo, estos efectos negativos asociados a la generación de *burnout* no se observan en la actuación en profundidad que, por el contrario, no se relaciona con el agotamiento emocional, sino con la satisfacción con los pacientes (59, 60). Del mismo modo, la regulación automática en el contexto del trabajo emocional favorece que no aparezca agotamiento emocional y, además, no conlleva un esfuerzo o coste psicológico (59). Estas relaciones se han observado ante todo en entornos de trabajo donde existen normas que guían la actuación de los médicos hacia la expresión de emociones positivas (59). Por lo tanto, ante situaciones donde existe un requerimiento de expresión de emociones positivas, la regulación automática, promueve el bienestar del personal sanitario mientras que, la actuación superficial tiende a reducir dicho bienestar. Estos resultados podrían explicarse por la expresión natural, o sentida, de las emociones positivas en el caso de la regulación automática, que generaría resultados positivos en las relaciones interpersonales, mientras que el coste psicológico de la actuación superficial y la contradicción entre las emociones sentidas y expresadas de este tipo de estrategia explicaría la influencia negativa de ésta en el bienestar psicológico (59, 60).

Estos resultados no se han replicado completamente en el personal de enfermería. Diefendorff y colaboradores (61) observaron relaciones más complejas entre las estrategias de regulación en la labor social de las enfermeras y el bienestar. En su investigación, se observó que los niveles de *burnout* se relacionaban con altas expectativas compartidas en el lugar de trabajo sobre la expresión de emociones, pero sólo a través de la percepción individual de dichas normas, la cual, dependía de las estrategias de actuación superficial y profunda (61). Por tanto, la actuación en profundidad también se encontraba relacionada con efectos negativos en el bienestar, a diferencia de los profesionales médicos. En el caso de la satisfacción laboral de las enfermeras, las reglas compartidas sobre la expresión de emociones influían de manera negativa, mientras la percepción a nivel individual se encontraba mediada por las estrategias de regulación, estando

la actuación superficial relacionada negativamente con la satisfacción laboral y la actuación en profundidad positivamente, en línea con los resultados obtenidos en población médica (61). En cuanto a la estrategia de regulación utilizada en función de la valencia de la emoción elicitada, se observó que en situaciones donde existían altos niveles requerimientos en la expresión de emociones, el afecto negativo se relacionaba con la actuación superficial y el afecto positivo con la actuación en profundidad (61).

Del mismo modo que las estrategias de regulación en el trabajo emocional, las habilidades y competencias comunicativas se han mostrado eficaces en la generación de bienestar en médicos. Así, se ha demostrado cómo las altas habilidades en el manejo del proceso comunicativo, reducen las posibilidades de experimentar la despersonalización asociada al *burnout* y favorecen eficacia profesional (v.g. 60)

Además de sus efectos en los profesionales, el impacto del manejo de las emociones en la comunicación entre el personal sanitario y los pacientes ha sido estudiado en su influencia sobre el bienestar de estos últimos. En este sentido, se ha mostrado un interés creciente en el conocimiento sobre cómo afectan la muestra de señales emocionales y de preocupación por parte de los pacientes en las interacciones médico-paciente (v.g. 62, 63) y con otros profesionales sanitarios (v.g., 5, 64). Así, se han propuesto nuevas metodologías de medida de estas variables, (v.g., 65, 66) para estudiar su influencia, prioritariamente, en los efectos de los procesos comunicativos.

Algunas investigaciones sugieren que, en un primer momento, el elicitar emociones en los pacientes y las respuestas empáticas de los médicos a las mismas se relacionan con un aumento de la ansiedad de los pacientes posterior a la consulta (62, 63). Estos resultados han sido analizados con mayor profundidad encontrando diferencias individuales (62, 63). Por ejemplo, Smith et al. (63) observaron diferencias en la ansiedad post-consulta de los pacientes según los niveles de ansiedad iniciales y el número de claves emocionales elicidadas. Así, aquellos pacientes con niveles de ansiedad inicial más altos, mostraban más emociones negativas (63). Estos autores proponen como hipótesis explicativa que la empatía

y atención mostrada por los médicos no ayuda a los pacientes a reducir el nivel de ansiedad, dado que no les da claves sobre cómo manejarla. Por otro lado, la literatura científica al respecto ha sugerido que el efecto interpersonal puede estar mediado por el nivel de autenticidad detectado en la expresión emocional observada (67) así como la elicitación de sentimientos de afiliación, cooperación y entendimiento (68) y los procesos de contagio emocional (69). En este sentido, Brotheridge y Lee (67), sugieren que una actuación superficial en la modificación de las emociones implicaría la falta de autenticidad en su expresión (70) lo que estaría relacionado con la presencia de respuestas aversivas por parte de los receptores de dicha emoción. La investigación realizada por Rafaeli y Sutton (71) demostró como los receptores de expresiones emocionales no auténticas interpretaron dicha percepción como intentos calculados de control de la situación de interacción. Asimismo, estudios relativamente recientes demostraron no sólo una relación significativa entre reevaluación emocional y autenticidad de la expresión propia (72), sino la existencia de un efecto interpersonal que la supresión o la reevaluación emocional puede provocar en el otro (73), y en concreto en población médica (5). En este sentido, a través de estos dos estudios experimentales se demostró como aquellas personas que suprimían las emociones provocaron una serie de efectos negativos en su compañero relacionados con sentimientos de falta de compenetración, comprensión, vitalidad, bienestar psicológico, y eficacia profesional, junto con un aumento del agotamiento emocional, cinismo y de la presión sanguínea. Por otro lado, en la medida en que las estrategias de reevaluación cognitiva y de actuación en profundidad producen un cambio total de la experiencia subjetiva de la emoción, la persona manifestará una expresión auténtica, que generará a su vez altos niveles de comprensión y entendimiento interpersonal (74, 75) y mayor sensación de eficacia profesional (68). Basado en la literatura sobre necesidades de afiliación, la expresión de emociones auténticas durante los procesos de interacción social produce un aumento en los niveles de satisfacción interpersonal y comportamiento altruista (76, 77). Asimismo, algunos estudios indican como la expresión de emociones positivas auténticas aumenta la probabilidad de que el compañero muestre un feedback emocional positivo (26, 78).

Muy probablemente, el constructo de contagio emocional (69), formulado como constructo explicativo de los procesos de refuerzo generados en las situaciones de interacción social, también pueda estar relacionado con estos efectos interpersonales. Basados en estas mismas investigaciones, Bakker y Schaufeli (79) demostraron la existencia de procesos de contagio en el desgaste profesional, incluso específicamente con población médica (80), por lo que el enfoque interpersonal en el estudio del constructo resulta apropiado y significativo.

Conclusiones

A partir de los estudios revisados se observa que las estrategias de regulación emocional se relacionan con diversos efectos en la salud, el bienestar, el rendimiento y otros procesos psicológicos. No obstante, las consecuencias de las distintas estrategias y su efectividad pueden variar tanto entre personas como entre situaciones.

En líneas generales, las estrategias de afrontamiento activo y racional previenen el desgaste profesional o *burnout*. Es conveniente utilizar generalmente estrategias de reevaluación en lugar de supresión. Así como estrategias de actuación profunda (versus actuación superficial), sobre todo en médicos, y de regulación automática para el personal sanitario en general. Por otro lado, las habilidades de comunicación y de autenticidad en la expresión de la emoción mejoran las relaciones tanto profesional sanitario-paciente, como con otros profesionales sanitarios, facilitando los procesos de regulación emocional que benefician la salud. Y finalmente en relación a la empatía y la expresión de emociones, como puede ser en el caso de la comunicación de malas noticias, ésta sería beneficiosa si el profesional ofrece, además de una expresión emocional auténtica, claves sobre cómo manejar las emociones, para evitar un posible efecto negativo de la empatía mediante la elicitación de emociones negativas en los pacientes.

Sería por tanto conveniente introducir programas de entrenamiento específicos en regulación emocional y habilidades de comunicación para que el nivel de ajuste a la emoción necesaria sea máximo, alcanzando en el mejor de los casos, un proceso de regulación automática que

no sólo evitaría el desgaste emocional de los profesionales sanitarios sino que favorecería los procesos de entendimiento, sincronía y afiliación tanto con los compañeros como con el paciente, redundando en un aumento de la satisfacción profesional y de mejora en la calidad del servicio.

Referencias

1. Dyrbye, L. N., y Shanafelt, T. D. (2011). Physician burnout: A potential threat to successful health care reform. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 305(19), 2009-2010.
2. Murphy J, Chang H, Montgomery JE, Rogers WH y Safran DG (2001). The quality of physician-patient relationships. Patients' experiences 1996-1999. *Journal of family practice* 50 (2), 123-129.
3. Garrosa, E., Rainho, C., Moreno-Jiménez, B., y Monteiro, M. J. (2010). The relationship between job stressors, hardy personality, coping resources and burnout in a sample of nurses: A correlational study at two time points. *International Journal of Nursing Studies*, 47(2), 205-215.
4. Mingote, JC., Moreno-Jiménez, B., Rodríguez-Carvajal, R., Gálvez, M., Ruiz-López, P. (2009). Psychometric validation of the Spanish version of the Patient- Doctor Relationship Questionnaire (PDRQ). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 37(2), 61-122.
5. Rodríguez-Carvajal, R. (2007). *Regulación emocional y procesos de interacción social en el burnout médico*. Ediciones Universidad Autónoma, Madrid.
6. Linzer, M., Visser, M. R., Oort, F. J., Smets, E. M., McMurray, J. E., y de Haes, H. C. (2001). Predicting and preventing physician burnout: results from the United States and the Netherlands. *American Journal of Medicine*, 111, 170-175.
7. Moreno, B., Gálvez, M., Garrosa, E., Mingote, JC. (2006). New proposals for evaluating burnout: the specific evaluation of professional medical burnout. *Aten Primaria*, 38(10), 544-9.
8. Schaufeli, W. B. y Enzmann, D. (1998). *The burnout companion to study and practice: A critical analysis*. London: Taylor y Francis Ltd.
9. León, J.M., Gómez, A. y Durán, M.C. (1990). Estrés ocupacional en profesionales de salud. *Revista de Psicología Social Aplicada*, 1 (1), 41-50.

10. Gálvez, M. (2006). *El desgaste profesional médico: evaluación específica, la personalidad positiva como recurso y propuestas de prevención*. Tesis doctoral publicada por la Universidad Autónoma de Madrid.
11. Gundersen, L. (2001). Physician burnout. *Annals of Internal Medicine*, 135, 145-48.
12. Gross, J. J., & Barrett, L. F. (2011). Emotion generation and emotion regulation: One or two depends on your point of view. *Emotion Review*, 3(1), 8-16.
13. Russell, J. A. (2003). Core affect and the psychological construction of emotion. *Psychological Review*, 110(1), 145-172.
14. Frijda, N. H., y Mesquita, B. (1994). The social roles and functions of emotions. In S. Kitayama y H. R. Markus (Eds.), *Emotion and culture: Empirical studies of mutual influence: 51-87*. Washington, DC: American Psychological Association.
15. Grandey, A.A. (2000) Emotion Regulation in the Workplace: A New Way to Conceptualize Emotional Labor. *Journal of Occupational Health Psychology*. Vol.5, 1,95-110.
16. George, J.M. y Brief, A.P. (1996). Motivational Agendas in the Workplace: The Effects of Feelings on Focus of Attention and Work Motivation. *Research in Organizational Behaviour* 18, 75-109.
17. Weiss, H.M. y Cropanzano, R. (1996). Affective Events Theory: A Theoretical Discussion of the Structure, Causes and Consequences of Affective Experiences at Work. *Research in Organizational Behaviour*, 18. 1-74.
18. Mayer, J.D. y Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? En P. Salovey y D. Sluyter (eds.): *Emotional development and emotional intelligence: educational applications (pp. 3-31)*. New York: Basic Books.
19. Hochschild, A.R. (1983). *The Managed Heart: Commercialization of Human Feelings*. Berkeley: University of California Press.
20. Gross, J.J. y John , O.P. (1998). Mapping the Domain of Expressivity : Multimethod Evidence for a Hierarchical Model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 170-191.
21. Lazarus, R.S., Ericksen, C.W., Fonda, C.P. (1951). Personality dynamics and auditory perceptual recognition. *Journal of Personality*. 19, 471-482.
22. Lazarus, R.S. y Longo, N. (1953). The consistency of psychological defenses against stress. *Journal of Abnormal & Social Psychology*. 48(4), 495-499.
23. Weinberger, D.A. (1990). The construct validity of the repressive coping style. In J.L. Singer (Ed.) *Repression and dissociation: implications for personality theory, psychopathology, and health* (pp. 337-386). Chicago: University of Chicago Press.
24. Weinberger, D.A., Schwartz, G.E., Davidson, R.J. (1979). Low-anxious, high-anxious, and repressive coping styles: psychometric patterns and behavioural and physiological responses to stress. *Journal of abnormal psychology*, 88, 369-380.
25. Pennebaker, J.W. (1994). *El arte de confiar en los demás*. Madrid: Alianza.
26. Côté, S. (2005). A social interaction model of the effects of emotion regulation on work strain. *Academy of Management Review*, 30, 509-530.
27. Gross, J.J. (1998a). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2, 271-299.
28. Lazarus, R. S., & Alferet, E. (1964). Short-circuiting of threat by experimentally altering cognitive appraisal, *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 69, 195-205.
29. Gross, J. J., Richards, J. M., y John, O. P. (2006). Emotion regulation in everyday life. In D. K. Snyder, J. Simpson, y J. N. Hughes (Eds.), *Emotion regulation in couples and families: Pathways to dysfunction and health* (pp. 13-35). Washington, DC: American Psychological Association.
30. Gross, J. J., y Levenson, R. W. (1993). Emotional suppression: Physiology, self-report, and expressive behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 970-986.
31. Jones, H. E. (1950). *The study of patterns of emotional expression*. New York, NY, US: McGraw-Hill.

32. DePaulo, B. M., Kashy, D. A., Kirkendol, S. E., Wyer, M. M., & Epstein, J. A. (1996). Lying in everyday life. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(5), 979-995.
33. Moreno-Jiménez, B., Gálvez, M., Rodríguez-Carvajal, R., Garrosa, E. (2010). Emociones y salud en el trabajo: análisis del constructo "trabajo emocional" y propuesta de evaluación. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 42(1), 63-73.
34. Zapf, D. (2002). Emotion work and psychological well-being. A review of the literature and some conceptual considerations. *Human Resource Management*, 12, 237-268.
35. Finset, A., & Mjaaland, T. A. (2009). The medical consultation viewed as a value chain: A neurobehavioral approach to emotion regulation in doctor-patient interaction. *Patient Education and Counseling*, 74(3), 323-330.
36. Karademas, E. C., Tsalikou, C., y Tallarou, M. (2011). The impact of emotion regulation and illness-focused coping strategies on the relation of illness-related negative emotions to subjective health. *Journal of Health Psychology*, 16(3), 510-519.
37. Troy, A. S., Wilhelm, F. H., Shallcross, A. J., y Mauss, I. B. (2010). Seeing the silver lining: Cognitive reappraisal ability moderates the relationship between stress and depressive symptoms. *Emotion*, 10(6), 783-795.
38. Côté, S., Gyurak, A., y Levenson, R. W. (2010). The ability to regulate emotion is associated with greater well-being, income, and socioeconomic status. *Emotion*, 10(6), 923-933.
39. Haga, S. M., Kraft, P., y Corby, E. (2009). Emotion regulation: Antecedents and well-being outcomes of cognitive reappraisal and expressive suppression in cross-cultural samples. *Journal of Happiness Studies*, 10(3), 271-291.
40. Quoidbach, J., Berry, E. V., Hansenne, M., y Mikolajczak, M. (2010). Positive emotion regulation and well-being: Comparing the impact of eight savoring and dampening strategies. *Personality and Individual Differences*, 49(5), 368-373.
41. Erk, S., von Kalckreuth, A., y Walter, H. (2010). Neural long-term effects of emotion regulation on episodic memory processes. *Neuropsychologia*, 48(4), 989-996.
42. Schmeichel, B. J. (2007). Attention control, memory updating, and emotion regulation temporarily reduce the capacity for executive control. *Journal of Experimental Psychology: General*, 136(2), 241-255.
43. Schmeichel, B. J., y Demaree, H. A. (2010). Working memory capacity and spontaneous emotion regulation: High capacity predicts self-enhancement in response to negative feedback. *Emotion*, 10(5), 739-744.
44. Raftery, J. N., y Bizer, G. Y. (2009). Negative feedback and performance: The moderating effect of emotion regulation. *Personality and Individual Differences*, 47(5), 481-486.
45. Wallace, J. C., Edwards, B. D., Shull, A., y Finch, D. M. (2009). Examining the consequences in the tendency to suppress and reappraise emotions on task-related job performance. *Human Performance*, 22(1), 23-43.
46. Trougakos, J. P., Jackson, C. L., y Beal, D. J. (2011). Service without a smile: Comparing the consequences of neutral and positive display rules. *Journal of Applied Psychology*, 96(2), 350-362.
47. Diefendorff, J. M., Richard, E. M., y Yang, J. (2008). Linking emotion regulation strategies to affective events and negative emotions at work. *Journal of Vocational Behavior*, 73(3), 498-508.
48. Augustine, A. A., y Hemenover, S. H. (2009). On the relative effectiveness of affect regulation strategies: A meta-analysis. *Cognition and Emotion*, 23(6), 1181-1220.
49. Schwartz, G.E. (1990). Psychobiology of repression and health: a systems approach. In: J.L. Singer (Ed.). *Repression and dissociation: implications for personality theory, psychopathology and health* (pp. 405-434). Chicago: University of Chicago Press.
50. Pennebaker, J.W., Gonder-Frederick, L., Stewart, H., Elfman, L. y Skelton, J. (1982). Physical symptoms associated with blood pressure. *Psychophysiology*, 19, 201-210.
51. John, O.P. y Gross, J.J. (2004). Healthy and unhealthy emotion regulation: Personality

- processes, individual differences, and life span development. *Journal of Personality*, 72, 1301-1333.
52. Gross, J.J. (1998b). Antecedent and response-focused emotion regulation: Divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 224-237.
53. Gross, J.J., y Thompson, R.A. (2007). Emotion regulation: conceptual foundations. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 351-372). New York: Guilford Press.
54. Nezlek, J. B., y Kuppens, P. (2008). Regulating positive and negative emotions in daily life. *Journal of Personality*, 76(3), 561-579.
55. Hofmann, S. G., Heering, S., Sawyer, A. T., y Asnaani, A. (2009). How to handle anxiety: The effects of reappraisal, acceptance, and suppression strategies on anxious arousal. *Behaviour Research and Therapy*, 47(5), 389-394.
56. Dalgleish, T., Yiend, J., Schweizer, S., y Dunn, B. D. (2009). Ironic effects of emotion suppression when recounting distressing memories. *Emotion*, 9(5), 744-749.
57. Decety, J., Yang, C., y Cheng, Y. (2010). Physicians down-regulate their pain empathy response: An event-related brain potential study. *NeuroImage*, 50(4), 1676-1682.
58. Desauw, A., Christophe, V., Antoine, P., Cattani, S., y Nandrino, J. (2009). Quelle perception les praticiens ont-ils de l'annonce de mauvaises nouvelles en oncologie? analyse qualitative du vécu et des stratégies de régulation émotionnelle. / what is the physicians' perception on giving bad news in oncology? qualitative analysis of the emotional experience and emotional regulation strategies. *Psycho-Oncologie*, 3(3), 134-139.
59. Martínez-Iñigo, D., Totterdell, P., Alcover, C. M., y Holman, D. (2007). Emotional labour and emotional exhaustion: Interpersonal and intrapersonal mechanisms. *Work y Stress*, 21(1), 30-47.
60. Lee, R. T., Lovell, B. L., y Brotheridge, C. M. (2010). Tenderness and steadiness: Relating job and interpersonal demands and resources with burnout and physical symptoms of stress in canadian physicians. *Journal of Applied Social Psychology*, 40(9), 2319-2342.
61. Diefendorff, J. M., Erickson, R. J., Grandey, A. A., y Dahling, J. J. (2011). Emotional display rules as work unit norms: A multilevel analysis of emotional labor among nurses. *Journal of Occupational Health Psychology*, 16(2), 170-186.
62. Graugaard, P. K., y Finset, A. (2000). Trait anxiety and reactions to patient-centered and doctor-centered styles of communication: An experimental study. *Psychosomatic Medicine*, 62(1), 33-39.
63. Smith, A., Juraskova, I., Butow, P., Miguel, C., Lopez, A., Chang, S. y Bernhard, J. (2011). Sharing vs. Caring—The relative impact of sharing decisions versus managing emotions on patient outcomes. *Patient Education and Counseling*, 82(2), 233-239.
64. Oguchi, M., Jansen, J., Butow, P., Colagiuri, B., Divine, R., y Dhillon, H. (2011). Measuring the impact of nurse cue-response behaviour on cancer patients' emotional cues. *Patient Education and Counseling*, 82(2), 163-168.
65. Fletcher, I., Mazzi, M., y Nuebling, M. (2011). When coders are reliable: The application of three measures to assess inter-rater reliability/agreement with doctor-patient communication data coded with the VR-CoDES. *Patient Education and Counseling*, 82(3), 341-345.
66. Zimmermann, C., Del Piccolo, L., Bensing, J., Bergvik, S., De Haes, H., Eide, H., Finset, A. (2011). Coding patient emotional cues and concerns in medical consultations: The verona coding definitions of emotional sequences (VR-CoDES). *Patient Education and Counseling*, 82(2), 141-148.
67. Brotheridge, C.M. y Lee, R.J. (2002). Testing a conservation of resources model of the dynamics of emotional labor. *Journal of Occupational Health Psychology*. 7(1), 57-67
68. Zapf, D. y Holz, M. (2006). On the positive and negative effects of emotion work in organizations. *European Journal of work and organizational psychology*, 15(1), 1-28.
69. Hatfield, E., Cacioppo, J. y Rapson, R. (1994). *Emotional Contagion*. New York: Cambridge University Press.



70. Erickson, R. y Wharton, A.S. (1997). Inauthenticity and depression: Assessing the consequences of interactive service work. *Work and Occupations*. Vol 24(2), May 1997, pp. 188-213.
71. Raffaelli, A. y Sutton, R.I. (1989). The Expression of Emotion in Organizational Life: *Research In Organizational Behavior* 11, 1-42.
72. Gross, J.J. y John, O.P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 348-362.
73. Butler, E. A., Egloff, B., Wilhelm, F. W., Smith, N. C., Erickson, E. A., y Gross, J. J. (2003). The social consequences of expressive suppression. *Emotion*, 3, 48-67.
74. Klein, J.D., y Pridemore, D.R. (1992). Effects of cooperative learning and need for affiliation on performance, time on task and satisfaction. *Educational Technology Research and Development*. 40(4), 39-47.
75. Sonnentag, S. (2000). Excellent performance: the role of communication and cooperation processes. *Applied Psychology: An International Review. Special Issue: Work motivation: Theory, research and practice*, 49(3), 483-497.
76. Bierhoff, H. W. (1990). *Psychologie hilfreichen Verhaltens (Psychology of helpful behaviour)*. Stuttgart, Germany: Kohlhammer.
77. Hill, C. A. (1987). Affiliation motivation: People who need people but in different ways. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 1008- 1018.
78. Wiemann, J. M., y Giles, H. (1997). Interpersonale Kommunikation (Interpersonal communication). In W. Stroebe, M. Hewstone, y G. M. Stephenson (Eds.), *Sozialpsychologie. Eine Einführung* (3rd ed., p. 331-361). Berlin, Germany: Springer.
79. Bakker, A.B., Schaufeli, W. (2000). Burnout contagion processes among teachers. *Journal of Applied Social Psychology*. 30(11), 2289-2308.
80. Le Blanc, P.M., Bakker, A.B., Peeters, M.W., van Heesch, N.C.A., Schaufeli, W.B. (2001). Emotional job demands and burnout among oncology care providers. *Anxiety, Stress y Coping: An International Journal*. 14(3), 243-263.

Correspondencia

Raquel Rodríguez-Carvajal
Universidad Autónoma de Madrid
Despacho 35 Módulo I Facultad de Psicología
C/ Iván Pavlov 6 • 28049 Madrid
Tel.: 91.497.5122 • Fax: 91.497.6409 • raquel.rodriguez@uam.es

- Recibido: 11-7-11.
- Aprobado: 22-9-11.